Über einen bemerkenswerten Fall von Hydrops der Gallenblase und seine Differentialdiagnose

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät d. Universität Marburg

vorgelegt von

Friedrich Kerl

aus Hatzbach (Kreis Kirchhain).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MARBURG

BUCHDRUCKEREI VON JOH. HAMEL

1917.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
den 5. VII. 1917.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. König.

In der Literatur der Chirurgie der Gallenwege finden wir, auch bei den erfahrensten Chirurgen auf diesem Gebiete, immer wieder Hinweise darauf, wie schwierig unter Umständen die Unterscheidung einer Gallenblasenerkrankung von krankhaften Veränderungen benachbarter Organe sein kann. In vielen Fällen war es unmöglich, eine sichere Diagnose zu stellen, und selbst die eröffnete Bauchhöhle gab noch nicht eine einwandfreie Auskunft. Erst im weitern Verlauf der Operation, nach Lösung von Verwachsungen u. dergl., stellte sich der wahre Ausgangspunkt der Erkrankung heraus. Weitaus die meisten Fehldiagnosen betrafen die rechte Niere, dann das Netz und den Darm, in zahlreichen Fällen auch die großen cystischen Tumoren der Ovarien.

Der folgende Fall aus der Chirurg. Universitäts-Klinik von Geheimrat König in Marburg war in mancherlei Beziehung recht lehrreich und wurde daher zum Gegenstand dieser Arbeit.

Krankengeschichte.

Frau R., 55 Jahre alt, aus Meineringhausen.

16. III. 1917 aufgenommen.

24. III. 1917 Operation (Cholecystektomie).

6. V. 1917 geheilt entlassen.

Patientin war früher stets gesund.

Vor 6 Wochen anfallsweise auftretende Schmerzen in der rechten Nabel- und Magengegend. Schmerzen strahlten nach dem Rücken aus. Erbrechen ist nicht aufgetreten. Keine Gelbsucht. Stuhlgang dunkel.

Starke Abmagerung.

Befund bei der Aufnahme:

Sehr starke Abmagerung; blasses Aussehen. Keine Kachexie.

Auf der linken Lunge hinten unten leichte Schallabschwächung.

Lungen-Lebergrenze vorn: an der VI. Rippe.

Herz: o. B.

Das Abdomen zeigt eine Auftreibung, die besonders die untere Bauchgegend betrifft und zum größten Teil rechts von der Mittellinie liegt. Die Bauchdecken sind überall weich. Keine Venenzeichnung. In abhängenden Partien der Bauchdecken Schallabschwächung, die bei Lagewechsel verschwindet. Entsprechend der sichtbaren Vorwölbung fühlt man einen großen, von der rechten Flanke, im wesentlichen unterhalb des Nabels nach links hinüberziehenden Tumor, der cystische Beschaffenheit zeigt. Über dem Tumor

besteht eine absolute Dämpfung. Der Tumor liegt unmittelbar unter den Bauchdecken. Eine Verschiebung gegen die Bauchwandmuskulatur ist möglich. Auf der rechten Seite besteht rückwärts vom Tumor deutliche Tympanie; ebenso zwischen Tumor und der rechten Leistengegend und Tumor und Blasengegend. Die Dämpfung des Tumors geht nicht in die Leberdämpfung über. Er steht auch bei der Atmung vollkommen still. Die Oberfläche des Tumors, soweit sie sich von der oberen Bauchwand abtasten läßt, ist vollkommen gleichmäßig glatt.

Ein auffälliger Meteorismus ist nicht zu fühlen. Bei linker Seitenlage rutscht der Tumor zum größten Teil links hinüber. Man kann alsdann die rechte Lendengegend gut palpieren. Die rechte Niere ist nicht fühlbar. Auch die linke Niere ist nicht mit Sicherheit abzutasten.

Es besteht geringes Ödem beider Beine.

19. III. 17. Vaginal-Untersuchung: Ein Zusammenhang des Tumors mit der Portio und den Ovarien, die beide deutlich zu fühlen sind, läßt sich nicht nachweisen.

Bei Aufblasung des Rektums nach gründlicher Darmentleerung bleibt der Schall über dem Tumor vollkommen gedämpft.

21. III. 17. Der Tumor ist deutlich größer geworden, dehnt sich namentlich nach der Lumbalgegend aus.

Die Urinmenge hat sich in den letzten Tagen vermindert.

800 — 600 — 400 — 500.

Cystoskopie: Blase o. B.

Die Ureteren-Mündungen zeigen keinerlei Veränderungen. Der Katheter dringt in den linken Ureter ohne Mühe ein bis ins Nierenbecken. Rechts läßt er sich nur ein Stück einführen.

Der getrennt aufgefangene Urin zeigt von beiden Nieren gleichen Befund: Erythrocyten, Leukocyten, kubische Epithelien; links auch einige geschwänzte Epithelien. Cylinder nicht vorhanden.

24. 3. 17. Operation: Geheimrat König.

Lumbalschnitt bis auf das Peritoneum. Man sieht durch das Peritoneum den großen Tumor; außerdem kann man jetzt die rechte Niere vollkommen abtasten, die an normaler Stelle liegt und mit dem Tumor in keinerlei Zusammenhang steht.

Es wird hierauf der hintere Teil des Lumbalschnittes wieder vernäht und der Schnitt nach vorn verlängert, darauf das Peritoneum weit eröffnet. Der Tumor ist nun beweglich. Er ist von einem Peritonealüberzug mit ziemlich starken Gefäßen überkleidet, stellt eine große Cyste dar mit einzelnen härteren Partien: Er liegt der unteren Leberfläche an und steht mit ihr mittels eines langausgezogenen Lappens der Lebersubstanz in Verbindung. An der lateralen Seite des Tumors ist das Colon ascendens verwachsen.

Der Peritonealüberzug der Cyste wird zum größten Teil abgetragen. Die Verbindung mit der Leber wird durch Resektion des langausgezogenen Leberlappens gelöst, worauf sich der Tumor vollkommen aus der Bauchhöhle herausluxieren läßt. Der Stiel des Tumors, der nach der Leberunterfläche führt, wird ebenfalls unterbunden und abgetragen. Dieser Stiel besteht aus einem Ausführungsgang (Ductus cysticus) und einem starken Blutgefäß (Art. cystica). Man fühlt in der Cyste einen größeren Stein.

Es handelt sich demnach um die außerordentlich vergrößerte und zum Teil retroperitoneal gelegene Gallenblase.

Es wird hierauf der verschobene Peritonealüberzug wieder vernäht, ebenso das vordere Peritoneum, worauf Schichtnaht der Bauchdecken.

30. III. 17. Patientin hat die Operation gut überstanden. Von Seiten des Abdomens keinerlei Störung. Dagegen besteht eine starke Bronchitis. Deshalb wird Patientin außer Bett gesetzt.

5. IV. 17. Wunde primär verheilt. Bronchitis besser. Geheilt entlassen.

Beschreibung der Gallenblase.

Die über kindskopfgroße Gallenblase ist mit schleimig-seröser, leicht getrübter Flüssigkeit angefüllt. Die Wand ist von normaler Stärke. Die Schleimhaut ist im ganzen etwas aufgelockert und hier und da

mit leichten, fibrinösen Auflagerungen ausgekleidet. Im Cysticus sitzt fest eingekeilt ein etwa wallnußgroßer Verschlußstein. Er ist vollkommen massiv und besteht aus einem Kern aus kristallklarem Cholesterin, der mit einer dünnen Schale weichen, bräunlichen Pigmentkalks umgeben ist.

Ein zweiter, etwa haselnußgroßer, weicher, bräunlicher Kalkstein findet sich im Blasenfundus.

Das im vorstehenden mitgeteilte Operationsergebnis, welches in keiner Weise dem Befund am Krankenbett entsprach, rechtfertigt eine ausführlichere Darstellung und Beleuchtung des klinischen Tatsachenmaterials.

Die Anamnese, sonst ein erster und wichtiger Wegweiser für die Diagnosestellung, entbehrte jeder typischen Färbung. Eine bis dahin gesunde Bauersfrau erkrankte 6 Wochen vor ihrer Überweisung in die Klinik an anfallsweise auftretenden Schmerzen in der rechten Nabel- und Magengegend, die, wie sie angab, nach dem Rücken ausstrahlten. In die Gegend der Magengrube werden sehr häufig die Schmerzen lokalisiert, ohne daß der Magen als solcher verantwortlich ist, da der dort gelegene Plexus coeliacus die Sammelstelle der sensiblen, sympathischen Nerven der Bauch-eingeweide darstellt. Leber und Magenfunktion teilen sich in die Verdauungsarbeit; eventuell vorhandene Verwachsungen zwischen Leber, Gallenblase und

Magendarmtraktus können durch den wechselnden Füllungszustand des Verdauungskanals, gesteigerte Peristaltik etc. gezerrt werden. Vielleicht machen auch oft die Patienten in der im übrigen richtigen Erkenntnis, daß der Magen die Wurzel vieles Übels darstellt, ihn für alles verantwortlich, was sie an Miß- und Schmerzempfindungen im Leibe verspüren, und lokalisieren demgemäß ihre anamnestischen Angaben.

Dem Ausstrahlen der Schmerzen nach Schulter und Rücken wird im allgemeinen mehr Bedeutung anzuerkennen sein, besonders im Bilde der Gallensteinkolik; dasselbe wird aber auch erfahrungsgemäß bei Nierenaffektionen, subphrenischem Abscess usw. beobachtet. Überhaupt gaben die Mitteilungen der Patientin über die anfallsweise auftretenden, mäßig heftigen Schmerzen nicht das Bild der Kolik, zumal Fieber, Frost, Erbrechen dabei fehlten.

Gelbsucht soll niemals aufgetreten sein. Diese Angabe ist von geringer Bedeutung, da der Ikterus in den meisten Fällen von Gallenblasenerkrankungen, nach Kehr in etwa 75%, fehlt. Der Stuhlgang war von dunkler Farbe, bot nichts auffälliges. Die Patientin ist in den letzten Monaten stark abgemagert. Wenn auch in den jetztigen Zeiten, nach drei Kriegsjahren, bei einer 55jährigen Frau der arbeitenden Klasse Gewichtsverluste anders gewertet werden müssen als in Friedenszeiten, so wurde doch die starke Abmagerung in unserm Falle mit Recht als Symptom einer ernsteren

Erkrankung aufgefaßt. Im Hinblick auf die Annahme einer Neubildung war die Feststellung von Wichtigkeit, daß die Frau trotz der Abmagerung durchaus keinen kachektischen Eindruck machte.

So gaben Anamnese und subjektive Beschwerden einen weiten Spielraum zu diagnostischen Schlüssen.

Die physikalischen Untersuchungsmethoden, allen voran die Suspektion und Palpation, mußten weiter helfen.

Die Betrachtung des Bauches ergab eine deutliche Auftreibung rechts von der Mittellinie in der Unterbauchgegend bis zur Nabelhöhe. Die Untersuchung richtete zunächst ihr Augenmerk darauf, einen Zusammenhang der sichtbaren Geschwulst mit der Leber nachzuweisen. Dabei liefert uns die Feststellung der respiratorischen Beweglichkeit ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel. Ist sie einwandfrei nachgewiesen, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit eine Beziehung des fraglichen Tumors zur Leber annehmen. Anderseits spricht ein Fehlen dieses Symptoms, durch Verwachsungen mit den Bauchdecken, langgestielte Tumoren, Erguß in der Bauchhöhle, allgemeine Enteroptose etc. bedingt, durchaus nicht gegen einen Leber-Gallenblasentumor. Insbesondere hat Siegel angegeben, daß bei großer, hydropischer Gallenblase die respiratorische Verschiebung fehlen kann. In 10 unter 202 von Thöle angeführten Fällen gab das Fehlen der respiratorischen Verschieb-

lichkeit zu einer falschen Diagnose Veranlassung. Auch in unserem Falle konnte sie nicht nachgewiesen werden, wodurch ein wichtiger Baustein zur Annahme einer Gallenblasenerkrankung verloren ging.

Die aufgelegte Hand fühlte den unteren Leberrand an regelrechter Stelle. Unterhalb davon, vollkommen getrennt von der Leber, wurde eine große, cystische Geschwulst gefunden, die unmittelbar unter der Haut zu liegen schien, sich aber doch gegen die Bauchwandmuskulatur verschieblich zeigte. Eine Beziehung der Geschwulst zu den Bauchdecken war damit höchst unwahrscheinlich geworden. Überdies sind die cystischen Tumoren der Bauchdecken recht selten. Wollin beschreibt einen derartigen Fall. Der Tumor lag zwischen Peritoneum und Muskulatur und wurde auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Enterokystom angesprochen.

Das Vorhandensein eines Riedel'schen Lappens und damit eines Hinweises auf die Leberregion war nicht nachzuweisen.

Der bei zahlreichen Autoren als sehr wichtig angegebene Beobachtungsbefund, daß die gestielten Lebertumoren, in unserem Falle die ektatische Gallenblase, eine pendelartige Beweglichkeit im Kreisbogen, entsprechend ihrer Fixation an der Leberfläche, zeigen, konnte nicht erhoben werden. Vielmehr wurde festgestellt, daß der Tumor in jeder Richtung mäßig beweglich war. Mehr oder weniger ausgeprägte Ver-

schieblichkeit ist aber vielen cystischen Tumoren der Bauchhöhle eigentümlich und wird gefunden bei Geschwülsten des Magen- und Darmtraktus, des Netzes, des Mesenteriums, des Peritoneums, des Pankreas, der Milz, der Ovarien; ferner bei Echinokokkenerkrankungen und retroperitonealen Tumoren. Von soliden Tumoren wird hier abgesehen, da sie differential-diagnostisch nicht in Betracht kamen.

Daß die Gallenblase unter Umständen ganz extrem beweglich sein kann, geht aus verschiedenen Publikationen hervor. So beschreibt Lieblein einen Fall bei einer 47jährigen Frau, die wegen einer Geschwulst zum Arzt kam, die weder Magen- noch Darmstörungen machte, noch irgendwie auf eine Erkrankung der Gallenblase schließen ließ. Unter den Bauchdecken war ein kleinfaustgroßer Tumor zu fühlen, den man im ganzen Bauch herumführen konnte. Bei der Operation fand sich eine dilatierte, an dem zu einem langen Stiel ausgezogenen Cysticus frei in die Bauchhöhle herabhängende Gallenblase.

Bland-Sutton berichtet von einer Gallenblase, die den Bruchsack einer Schenkelhernie ausfüllte.

Auch für die cystischen Tumoren des Netzes wird eine große Beweglichkeit angeführt als charakteristisches Symptom neben oberflächlicher Lage und dem Fehlen von funktionellen Störungen (Péan). Thöle gibt als typisch für Netztumoren an, daß sie frei im Kreise beweglich sind, nur nicht nach unten,

wegen der Anheftung des Netzes am Colon. Das gleiche gilt aber auch für einen gestielten Lebertumor und im besonderen die am Cysticus langausgezogene, ektatische Gallenblase. „Größere Netztumoren lassen sich", nach Thöle's Ansicht, „auch nach rückwärts drängen; sie schnellen aber beim Nachlass des Drucks wieder nach vorn." Dasselbe gibt Kehr für die Gallenblasengeschwulst an. Für beide, Gallenblase- und Netztumoren, wird ferner angeführt, daß sie sich niemals in die Gegend der Niere reponieren lassen, ein wichtiger Faktor, der vor Verwechslung mit Wanderniere schützen soll. — Im übrigen wird die Diagnose, ob gestielte Gallenblase oder freie Netzcyste, in vielen Fällen offen bleiben müssen.

Athanesescu beschreibt einen Fall, wo bei einer 31 jährigen Frau anstatt des vermuteten Netztumors, bezw. Wanderniere, bei der Laparatomie die Gallenblase mit 12 cm langem Stiel gefunden wurde.

Weniger beweglich infolge ihres kürzeren Anhängebandes sind im allgemeinen die Mesenterialcysten. Sie machen auch meistens Darmsymptome, Obstipation mit Durchfällen wechselnd, unter Umständen Ileuserscheinungen. Noch mehr im Vordergrund des klinischen Bildes stehen Symptome von Seiten des Verdauungstraktus bei den eigentlichen Tumoren des Magens und Darms, die daher in unserem Falle außer Acht gelassen werden konnten. Eher hätte eine gestielte Echinokokkusblase im Bereich der Möglichkeit

liegen können, zumal auch das klinische Bild dem nicht widersprach. Mit Rücksicht auf das seltene Vorkommen dieser Erkrankung in der Marburger Gegend und aus äußeren Gründen unterblieb eine darauf abzielende genauere Untersuchung.

Ein ähnliches Bild wie die gestielte Gallenblase kann auch durch die nicht so seltenen Pankreascysten, welche zwar meist median und nach links im Oberbauch liegen und sich unter dem Magen hervor entwickeln, hervorgerufen werden. Denn in manchen Fällen können sie auch, zumal wenn sie langgestielt und beweglich sind, in die Lumbal- und Beckengegend zu liegen kommen und sind dann von den langgestielten, cystischen Lebertumoren nicht zu unterscheiden. Ähnlich verhält es sich mit den Cysten, die vom Choledochus ausgehen. Schloessmann beschreibt etwa 15 in der Literatur gesammelte derartige Fälle. In keinem Falle war, wie nebenbei erwähnt wird, die richtige Diagnose gestellt worden. Daß die Choledochuscysten unter Umständen recht groß werden und dann als umfangreiche Bauchtumoren imponieren, beweist ein Fall von Exner, der eine 5 l fassende Choledochuscyste vorstellte.

Bemerkenswert, weil in der Literatur angeblich ein analoger Fall nicht vorhanden ist, ist eine Mitteilung von Dollinger, der eine kopfgroße Gallencyste exstirpierte, die nach einem Trauma der Leber zwischen den Gedärmen entstanden war.

Retroperitoneale Cysten, wenn sie ein bewegliches Peritoneum vor sich herschieben oder ins Mesocolon hinein entwickelt sind, können leicht als intraperitoneale Tumoren aufgefaßt werden und demgemäß zu Verwechslungen Anlaß geben.

Das gleiche gilt von den cystischen Geschwülsten, die von den weiblichen Geschlechtsorganen, insbesondere von den Ovarien, ihren Ursprung nehmen. In 5 unter den 202 von Thöle angeführten Fällen wurde fälschlicher Weise Ovarialtumor diagnostiziert. Fühlt man, wie in unserem Falle, bei der Vaginaluntersuchung beide Ovarien deutlich an normaler Stelle in regelrechter Form und Größe, so wird man im allgemeinen mit der Annahme nicht fehlgehen, daß der fragliche Tumor mit den Ovarien nichts zu tun hat. Meneacci stellte einen Fall vor, wo eine Eierstockcyste vermutet wurde und bei der Operation eine enorm große Gallenblase zum Vorschein kam, die bis in die Fossa iliaca dextr. hinabreichte. Unklare anamnestische Mitteilungen, Fehlen der respiratorischen Verschieblichkeit hatten zur Fehldiagnose geführt.

Die Angaben über Größe und Umfang der Gallenblasen, die bei solchen Operationen gefunden wurden, sind zum Teil recht erstaunlich.

Lawson Tait exstirpierte eine Gallenblase, die er für eine Parovarialcyste gehalten hatte und entleerte daraus 5½ Liter klebrige Flüssigkeit. Collinson

fand statt der erwarteten Ovarialcyste das ganze Abdomen ausgefüllt durch die überall verwachsene, enorm große Gallenblase. Terrier berichtet von einer von ihm exstirpierten Gallenblase einer 50jährigen Frau, die 21 Liter Flüssigkeit enthielt. Mehr entwicklungsgeschichtliches Interesse bietet der oft erwähnte Fall von Toida's sanduhrförmiger Gallenblase. Bei einem 5jährigen Mädchen fand sich eine, durch einen hohlen Stiel mit der eigentlichen Gallenblase kommunizierende cystische Geschwulst, die nach Toida's Ansicht durch abnorme, angeborene Schwäche einer Wandstelle der Gallenblase entstanden sein soll.

Ist bei der Untersuchung durch starke Spannung der Bauchdecken, große Schmerzen, ein genaues Abtasten nicht möglich, d. h. in allen Fällen, wo stärkere, entzündliche Vorgänge mitspielen, kann eine Gallenblase auch als ursächlicher Faktor für Ileus und ähnliche Krankheitsbilder in Betracht kommen, unter Umständen auch mit appendicitischem Abceß verwechselt werden. So berichtet Anschütz 3 Fälle aus seiner Klinik, wo die ektatische Gallenblase einen Darmverschluß zur Folge hatte. In einem dieser Fälle wurde bei der Operation ein großer, glattwandiger Hohlraum eröffnet, der sich erst 14 Tage später durch Gallenfluß als Gallenblase dokumentierte. Im dritten Fall hatte die enorm vergrößerte Gallenblase das Coecum komprimiert und allmählich zum funktionellen Verschluß geführt. Bemerkenswert ist, daß

in keinem der Anschütz'schen Fälle die Anamnese auf die Gallenblase hinwies, wodurch die Diagnose in falsche Bahnen gelenkt wurde.

Wie schon anfangs erwähnt, betreffen weitaus die meisten Fehldiagnosen bei Gallenblasenerkrankungen die rechte Niere, sei es, daß man sie als Wanderniere oder auch als Hydronephrose auffaßt, wie in unserem Falle. Wir wissen, daß die Niere, wenn sie pathologische Formen annimmt, sich vergrößert, beweglich wird, vollkommen den Charakter eines retroperitonealen Organs einbüßen kann. Zahlreiche weitere und verfeinerte Untersuchungsmethoden sind im Laufe der Jahre angegeben worden, um in diesen Fällen eine exakte Diagnosenstellung zu ermöglichen. Diese Methodik fand auch bei unserer Patientin sinngemäße Anwendung.

Bevor darauf im einzelnen eingegangen wird, erfolgt eine kurze Darstellung der perkussorischen Verhältnisse. Die Perkussion des Tumors ergab eine circumscripte Dämpfung, die von der Leberdämpfung durch eine mehr tympanitsch klingende Zone getrennt war. Nach Ansicht erfahrener Forscher sind die Ergebnisse der Perkussion in dieser Hinsicht oft unbefriedigend und wenig verwertbar für die Diagnose. Kehr sagt diesbezüglich: „Die Perkussion kann darüber Aufschluß geben, ob der gefühlte Tumor mit der Leber im Zusammenhang steht, doch sind im allgemeinen die perkussorischen Ergebnisse sehr

unsicher.“ Die Auskultation kommt praktisch kaum in Frage, obwohl einzelne Autoren besondere Kennzeichen, peritoneales Reibegeräusch, charakteristisches Knirschen der Gallensteine u. a. angegeben haben. Bei Lagewechsel der Patientin, vor allem beim Legen auf die linke Seite, wanderte die Geschwulst mit. Die rechte Lumbalgegend wurde dadurch der tastenden Hand mehr zugänglich. Die rechte Niere war aber trotzdem nicht fühlbar. Auch ließ sich die Geschwulst nicht renalwärts reponieren, wie es als typisch für beweglichen Nierentumor angegeben wird. Die von Pawlik gemachte Beobachtung, daß bei Nierentumoren die Diagnose oft gesichert werden kann durch den Nachweis des event. „erhalten gebliebenen, knaufartigen Nierenrestes“, der dem Tumor breit aufsitzen soll, fehlte. Die Luftaufblähung des Colons veränderte weder den Klopfschall über dem Tumor noch seine Lage zu den Nachbarorganen. Für sich genommen würde ja das Bestehenbleiben der Dämpfung gegen Nierentumor sprechen.

Eine röntgenologische Untersuchung der Nierengegend, die nur in seltenen Fällen einwandfrei zu deutende Bilder ergiebt, unterblieb aus äusseren Gründen. Thöle hält sie dann von Wichtigkeit für den Ausschluß eines Nierentumors, Wanderniere, wenn es gelingt, den unteren Nierenpol beiderseits in gleicher Höhe nachzuweisen.

Die Untersuchung des Urins ergab keine wesentlichen pathologischen Bestandteile. Insbesondere zeigte der durch Ureterenkatheterismus getrennt aufgefangene Urin von beiden Nieren den gleichen Befund, eine Tatsache, auf deren Bedeutung für die Differentialdiagnose besonders Adenot hingewiesen hat. Auffällig war es, daß, während der Katheter links mit Leichtigkeit im Nierenbecken eingeführt werden konnte, auf der rechten Seite sich dem Katheter gleich eingangs ein Widerstand entgegensetzte, der nicht ohne Gefahr einer Verletzung überwunden werden konnte. Weitere Versuche, in dem Lumen vorzudringen, unterblieben daher.

Durch die Annahme eines wenn auch nur zeitweiligen Verschlusses des rechten Ureters und dadurch bedingter Hydronephrosenbildung schien eine Klärung des Falles möglich, zumal im Laufe der nächsten Tage überraschenderweise ein deutliches Wachstum der Geschwulst beobachtet werden konnte, während sich gleichzeitig die meßbare Urinmenge stark verminderte. 800 — 600 — 400 ccm.

Fassen wir nochmal die bisherigen Überlegungen zusammen:

Für die Annahme einer Leber-Gallenblasenerkrankung fehlten so gut wie alle Symptome, da weder Anamnese noch ausführliche Untersuchung auf diese Organe hinwies. Dagegen schien ein unmittel-

barer Zusammenhang zwischen der Geschwulst und der rechten Niere vorhanden zu sein. Der rechte Ureter lag in der Nähe der Geschwulst und war nicht durchgängig; die Urinmenge nahm mit dem Wachstum der Geschwulst ab.

Das Bild der Hydronephrose schien am ehesten den klinischen Symptomen des Falles zu entsprechen.

Dementsprechend wurde der operative Eingriff vorgenommen, die rechte Niere durch Lumbalschnitt der Übersicht zugänglich gemacht, aber vollkommen intakt befunden. Erst der weitere Verlauf der Operation förderte eine kindskopfgroße, hydropische Gallenblase zutage, die durch eine schmale, bandartige Brücke aus Lebergewebe von der Leber getrennt war. Der Fundus der Gallenblase war fast vollkommen in das hintere Peritoneum parietale eingebettet, das seinerseits taschenartig die Gallenblase einschloß. Daher hatte man auch noch nach der Eröffnung der Bauchhöhle den Eindruck, als ob es sich um eine retroperitoneal entwickelte Geschwulst handele. Erst nach Resektion des ausgezogenen Leberläppchens, nach Abtragung des Cysticusstiels wurde der Sachverhalt geklärt.

Derartige Fälle von Verwechslungen von Hydronephrose, Geschwulst einer rechtsseitigen Wanderniere und Gallenblase finden sich in der Literatur recht häufig.

Lériche teilt einen sehr instruktiven Fall dieser Art mit. Seine Patientin litt an intermittierenden

Schmerzen der rechten Seite und Erbrechen. Nach einem solchen Anfall stieg die Urinmenge auf 3 Liter; der Ureterenkatheterismus ergab, daß die rechte Niere nur $^1/_5$ des Urins der linken lieferte. Daraufhin wurde mit der Diagnose: Intermittierende Hydronephrose die rechte Niere freigelegt und normal befunden. Erst bei einem weiteren Anfall konnte die Gallenblase als Ursache erkannt und darauf exsirpiert werden.

König stellte in einer Berliner Ärztesitzung folgenden Fall vor: Es handelte sich um eine gutgenährte Frau, die seit $^1/_2$ Jahr an Schmerzen in der rechten Seite und unter den Rippen bis zum Becken litt. Der von vielen Ärzten als Wanderniere angesprochene Tumor, welcher sich in Form, Größe und Stellung wie eine Niere verhielt, nach dem Rücken verschiebbar war und bei sitzender Lage nach dem Becken sank, erwies sich bei der Operation als sehr mobile, mannsfaustgroße Gallenblase. Von vornherein hatte König die Diagnose: Wanderniere angezweifelt, da die Geschwulst deutliche respiratorische Verschiebungen zeigte, im übrigen allerdings den Zusammenhang mit der Leber nicht erkennen ließ.

Mayer berichtet über einen Obturationsileus durch einen Tumor, der für eine Hydronephrose gehalten wurde, vor allem deshalb, weil er ganz die Form einer vergrößerten Niere aufwies. Operationsbefund: Direkt über dem Leistenkanal fand sich eine stielgedrehte kindskopfgroße Gallenblase. Es wird

besonders hervorgehoben, daß auch in diesem Fall keinerlei Symptome für eine Erkrankung der Gallenblase sprachen.

Delbet und Le Pileur veröffentlichen folgenden Fall: Man operierte mit der Diagnose: Hydronephrose, zumal Anfälle von Pollakurie einwandfrei beobachtet waren, fand aber eine erweiterte Gallenblase, die sich hinter dem Mesokolon nach abwärts entwickelt hatte und von der Leber durch das Colon transversum getrennt war. Neben der hydropischen Gallenblase wurde allerdings in diesem Falle auch rechtsseitige Wanderniere festgestellt. Derartige Kombinationen von Gallenblasenerkrankungen und Wanderniere sind durchaus nicht selten.

Marwedel, der eine ausführliche Arbeit über Wanderniere und Gallensteine geschrieben hat, geht sogar soweit, für viele Fälle einen Kausalnexus zu konstruieren und die rechtsseitige Nephroptose für die Bildung von Gallensteinen verantwortlich zu machen. In den meisten Fällen wird es näher liegen, für beides eine gemeinsame Ursache anzunehmen: Allgemeine Enteroptose, Folgen der Schwangerschaften etc.

Wie deckt sich nun in unserem Fall der Operationsbefund mit dem klinischen Bild? Größe, Form, Konsistenz entsprachen dem Ergebnisse der physikalischen Untersuchung. Die Beweglichkeit war einerseits eingeschränkt durch Verwachsungen mit Colon ascendens, den starken Peritonealüberzug, ander-

seits durch die dünne Brücke aus Lebergewebe, die als zungenförmiger Fortsatz (Riedel) weit in die Bauchhöhle hinabragte, aber doch so schwach entwickelt war, daß sie sich weder palpatorisch noch perkussorisch nachweisen ließ. Der enorme Hydrops, durch entzündliche Exsudation der Schleimhaut infolge des Cysticusverschlusses entstanden, erweckte den Verdacht der größerwerdenden Hydronephrose. Rückläufig können wir wohl schließen, daß die zunehmende Flüssigkeitsansammlung in der Gallenblase eine Verminderung der Harnausscheidung analog den Verhältnissen bei den großen Exsudaten der Körperhöhlen verursachte.

Ob der rechte Ureter zeitweise stenosiert war, wie man nach dem Ausfall des Ureterenkatheterismus geneigt war, bleibt dahingestellt. Es wäre immerhin möglich, daß die große Gallenblase durch Kompression zeitweise zum funktionellen Verschluß des Ureters geführt hat. Jedenfalls kann eine derartige Schädigung nur von kurzer Dauer und unbedeutend gewesen sein, sonst wäre ein vollkommen normaler Befund der rechten Niere, wie ihn die Operation aufdeckte, nicht möglich gewesen.

Die Ätiologie unseres Falles passt meines Erachtens am besten in die Aschoff'schen Theorien der Pathogenese der Gallensteine. Eine Stauung der Galle hat zur Bildung des primären Cholesterinsteins geführt, den wir in dem Stein des Cysticus vor uns haben.

Ursprünglich als reiner Cholesterinkrystall im Cysticus gleichsam als Kugelventil liegend, ist er durch empfindliche Prozesse, Ausscheidung von Bilirubin-Pigmentkalk zum vollkommenen Verschlußstein geworden. Auf dem Boden der entzündlichen Veränderungen der Gallenblase ist dann der zweite, kleinere Stein im Blasenfundus entstanden.

Der operative Eingriff als solcher, wenn er auch von vornherein bei der unsicheren Diagnose mehr den Charakter einer Explorativoperation (der Probelaparatomie) trug, erwies sich doch als sehr lohnend. Wenn schon der Gallenblasenhydrops an sich eine Indikation zur Operation abgibt, war in unserem Falle umsomehr ein operatives Eingreifen gerechtfertigt, als bereits die Zeichen fortschreitender Entzündung an dem getrübten Inhalt und den Veränderungen der Schleimhaut zu erkennen waren.

Exner, der sich eingehend mit der Indikationsstellung in der Gallenblasenchirurgie beschäftigt hat, faßt das Urteil der überwiegenden Mehrheit unserer Chirurgen dahin zusammen: Der Hydrops der Gallenblase muß operiert werden, weil erstens ein derartiger Hydrops jederzeit ein Empyem werden kann und zweitens infolge des stets zunehmenden Druckes in der Gallenblase eine Perforation eintreten kann und dann der Eingriff unter wesentlich ungünstigeren Verhältnissen ausgeführt werden muß.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht verfehlen,

Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. König

für die freundliche Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Anschütz: Ileus infolge Ektasie der Gallenblase. Ref.: Jahresbericht für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete 1911.

Athanesescu: Kalkulöse Cholecistitis. Ref.: Jahresbericht für die gesamte Chirurgie etc. 1909.

Bland-Sutton: Gallensteine.

Delbet et Le Pileur: Vésicule dilatée dans l'angle colique droit. Bullet. Soc. anat. 1910.

Dollinger: Fall von Gallencyste nach Trauma. Verhandlung des 4. Kongresses der ungarischen Gesellschaft für Chirurgie 1911.

Exner: Indikationsstellung und Erfolge der Chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. Bd. 15.

Kehr: Chirurgie der Gallenwege im Handbuch von v. Bergmann, v. Bruns und Mikulicz.

König, Frits: Steine in den Gallenblasen und deren Behandlung. Berliner klin. Wochenschrift 1904, Nr. 33.

Leriche: Hydropsie intermittente de la Vésicule. Lyon med. 1909.

Mayer: Ein weiterer Fall von Stieltorsion der Gallenblase. Berliner klin. Wochenschrift 1908, Nr. 35.

Lieblein: Über abnorme Beweglichkeit der Steine führenden Gallenblase. Münchner med. Wochenschrift 1903, Nr. 15.

Marwedel: Wanderniere und Gallensteine. v. Bruns Archiv, Bd. 34, 1902.

Pawlik: Casuistischer Beitrag zur Diagnose und Therapie der Geschwülste der Nierengegend. Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 53.

Riedel: Über den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens. Berliner klin. Wochenschrift 1888, Nr. 29.

Toida: Über einen Fall von großer congenitaler sanduhrförmiger Gallenblase. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 100.

Thöle: Chirurgie der Lebergeschwülste.

Lebenslauf.

Ich, *Friedrich Karl Kerl,* bin am 12. Dezember 1889 zu Hatzbach, Kr. Kirchhain (Bez. Cassel), als Sohn des Gutspächters *Hermann Kerl* und seiner Ehefrau *Lina* geb. *Herwig* geboren. Nach Besuch der Volksschule zu Kirchhain trat ich 1899 in die Oberrealschule zu Marburg, die ich 1908 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Meine 10 Studiensemester verbrachte ich in Marburg, Kiel und München. In Marburg bestand ich 1910 die ärztliche Vorprüfung und 1913 das Staatsexamen. Während des praktischen Jahres war ich an der Landesirrenanstalt zu Kloster Haina und an der Medizin. Poliklinik zu Marburg tätig. Von Mai 1914 bis Kriegsausbruch war ich chirurg. Assistent am Bürgerhospital in Frankfurt am Main. Seit 2. August 1914 stehe ich im Militärdienst, seit Oktober 1914 bin ich im Felde.

Vorlesungen, Kurse und Kliniken besuchte ich bei folgenden Professoren und Dozenten:

in Marburg: *Beneke, Gasser, Disse, Schenck, Gürber, Bielschowsky, Bonhoff, Zangemeister, Rieländer, Esch, Matthes, Bruns, König, Hohmeyer, Hildebrand, Müller, Tuczek, Jahrmärker, M. B. Schmidt, Ostmann, Zincke, Fries, Richarz, Meyer, Korschelt;*

in München: *Döderlein* und *v. Müller;*

in Kiel: *Reinke, Dieterici, Harries.*